

**Министерство образования и науки Российской Федерации  
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»  
Институт физики, технологии и экономики  
Кафедра технологии и экономики**

**РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМ  
ОБРАЗОВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ  
КАК ФАКТОР ДЕГРАДАЦИИ  
СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Выпускная квалификационная работа

Квалификационная работа  
допущена к защите  
Зав. кафедрой

\_\_\_\_\_

дата

\_\_\_\_\_

подпись

Исполнитель:

**Пряникова Надежда Григорьевна,**  
студент Б-41 группы

\_\_\_\_\_

подпись

Руководитель ОПОП

\_\_\_\_\_

дата

\_\_\_\_\_

подпись

Научный руководитель:

**Морозов Геннадий Борисович,**  
к.э.н., профессор

\_\_\_\_\_

подпись

Екатеринбург 2016

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
<b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОНЯТИЯ «СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ НАСЕЛЕНИЯ» И «ДЕГРАДАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СИСТЕМ СТРАНЫ».....</b>	<b>6</b>
1.1. Определение и сущность понятия «социальное благополучие».....	6
1.2. Определение и сущность понятия «деградация социально-экономических систем страны».....	18
<b>ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ УСЛОВИЙ СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....</b>	<b>24</b>
2.1. Исторические аспекты формирования условий социального благополучия населения страны .....	24
2.2. Влияние реформирования системы российского образования на социальное благополучие населения.....	35
2.3. Реформирование системы российского здравоохранения как фактор ухудшения социального благополучия граждан страны.....	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	54
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	57

## ВВЕДЕНИЕ

*Актуальность проблемы.* В условиях стремительно развивающихся экономико-политических событий в стране важно проследить их последствия, чтобы изменения в таких важнейших сферах общественной жизнедеятельности, как здравоохранение и образование, способствовали укреплению и развитию благоприятных условий для социального благополучия населения.

Существуют объективные показатели благополучия, каждому человеку известны хотя бы некоторые из них. Представление о собственном благополучии и благополучии других людей, его оценка опирается на объективные критерии благополучия, успешности, показатели здоровья, материального достатка и т.д. Последние влияют на чувство благополучия.

Тем не менее, именно проблема социального благополучия, а также влияние на него реформирования социально-экономических систем общества, слабо проработаны в теории и на практике, не имеют четкой трактовки и структуры.

Чем обусловлен выбор именно данных областей жизнедеятельности? Когда речь заходит о благополучии населения, сразу встает вопрос, а чем же оно выражено, как проявляется, каковы характеристики этого понятия. На взгляд автора данного исследования, здравоохранение и образование - главные инструменты повышения уровня жизни общества в целом, и населения Российской Федерации в частности.

Реформирование может способствовать как решению уже существующих проблем, так и появлению новых. Чтобы предотвратить или иметь возможность контролировать появление новых проблем необходимо проводить постоянный мониторинг социально-экономических изменений в связи с реформированием российского профессионального образования и здравоохранения.

Заинтересованность данной темой берет свои корни из содержания авторской гипотезы о том, что постоянное реформирование любых систем жизнедеятельности общества, в данном конкретном случае систем образования и здравоохранения, свидетельствует о нецелесообразности проводимых ранее изменений, утрате актуальности существующих принципов и способах осуществления деятельности внутри данных сфер. А это порождает неполное удовлетворение потребностей населения либо полное неудовлетворение данных потребностей. Неудовлетворенные потребности населения в сфере образования и здравоохранения рассматриваются в нашей работе как признаки ухудшения социального благополучия россиян.

Проблемы социального благополучия человека и общества находятся в последнее время в центре внимания учёных, а также общественных и политических деятелей. Они связаны с исследованием сущности и содержания социального благополучия, построением систем показателей, используемых для оценки его уровня, и т. д. [7].

Мы остановимся на исследовании социальных регуляторов благополучия человека и общества, которые используются для оптимизации указанного благополучия населения. В этой проблеме теоретические аспекты переплетаются с практическими: первые связаны с исследованием природы социального благополучия населения страны, вторые – с его оценкой.

**Проблема** может быть сформулирована следующим образом: *оценить результативность реформирования сфер образования и здравоохранения в качестве фактора ухудшения состояния социального благополучия населения Российской Федерации*

**Предмет исследования:** общественные отношения, осуществляемые в процессе реформирования систем образования и здравоохранения и их влияние на социальное благополучие населения страны.

**Объект исследования:** уровень социального благополучия населения Российской Федерации.

Актуальность исследования, объект и предмет определили **цель исследования:** доказать, что современное реформирование систем образования и здравоохранения является одним из факторов ухудшения социального благополучия населения.

**Задачи исследования:**

- дать лингвистические и социально-экономические характеристики содержания понятия «социальное благополучие» и понятия «деградация» в контексте социальных систем;
- выявить факторы оценивания социального благополучия в области образования и здравоохранения;
- исследовать становление теоретической базы о социальном благополучии в Российской Федерации в области образования и здравоохранения;
- проанализировать современное положение в обществе в системах здравоохранения и образования.

**Методы исследования.** В зависимости от решения конкретных задач в ходе исследования были использованы такие общетеоретические методы формирования научного знания, как диалектический метод, методы дедукции и индукции, анализа и синтеза, сравнительно-исторический подход.

В первой главе исследования: даны определения понятий «социальное благополучие», его «деградации» и «ухудшения». Во второй главе раскрыт исторический аспект реформирования систем образования и здравоохранения, на статистических и иных фактических источниках исследовано влияние указанного реформирования на социальное благополучие населения страны.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОНЯТИЯ «СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ»**

## **1.1 Определение и сущность понятия «социальное благополучие»**

Социальное благополучие понимается как наивысшая общественная ценность, с которой связаны жизненно важные интересы человечества [15].

Стремление к достижению социального благополучия всегда являлось устойчивой мотивацией активной деятельности общественных субъектов. Современное понимание сущности и содержания социального благополучия связывается с максимально эффективным использованием материальных и духовных ресурсов цивилизации.

Представления и суждения о содержании социального благополучия менялись в течение человеческой истории в зависимости от уровня развития материальных благ, норм религии и этики, стандартов потребления определенного общества. Изначально это понятие рассматривалось в контексте благосостояния, то есть по большей части экономической и материальной обеспеченности.

Исследователи рассматривали, как в обществе с преобладающим неравенством возможно добиться благосостояния с помощью более равномерного и справедливого распределения доходов, денежных средств, материальных и нематериальных благ. В качестве возможностей и путей достижения данной цели рассматривались: государственное вмешательство, рациональное налогообложение и бюджетно-налоговая политика.

В самом широком смысле можно сказать, что социальное благополучие – противоположность нищете и неустроенности. Тем не менее, заметим, что современные представления о надлежащем уровне и качестве жизни включают в это понятие также требования безопасности, право на достойные жилищные и экологические условия, свободу самореализации и т.п.

Таким образом, можно определить понятие «социальное благополучие» следующим образом:

***Социальное благополучие** - интегральный показатель эффективности функционирования социальной сферы, отражение социального самочувствия, уровня благосостояния, качества жизни населения, индикатор социальной безопасности общественной системы в целом [14].*

Можно сказать, что в известной мере показатели экономического роста, а именно показатели социального благополучия населения, являются критерием эффективности в целом социально-экономической политики государства.

Учебно-методическое объединение вузов России по социальной работе в числе фундаментальных, исходных категорий теории социальной работы как научной дисциплины называет понятия:

- 1) социальное благополучие человека;
- 2) социальное благополучие общества [14].

Приведенные понятия показывают неоднозначную и сложную структуру самого понятия социального благополучия, и то, что в нее включены не только представления о благополучии отдельного человека, но и представления о благополучии различных групп людей, а также о благополучии всего общества в целом. Эти представления и фактические основанные на них данные взаимосвязаны друг с другом, но при этом не совпадают полностью.

Представители социальных наук и органов управления (С.А. Айвазян, Ф.И. Шарков и др.) [14] в течение продолжительного времени пытались выделить объективные количественные измерители данного явления, с помощью которых можно было бы достаточно точно сказать о состоянии различных сторон жизнедеятельности общественного уклада в целом. Эти измерители должны быть способны показать динамику отдельных элементов общественной жизнедеятельности и при этом быть практически применимыми в плане сбора и использования фактических данных.

Необходимость разработки показателей социального благополучия определяется научными и практическими задачами дальнейшего совершенствования образа жизни.

Тем самым, социальное благополучие – это объективное общественное явление, предопределенное повседневными условиями жизнедеятельности людей, в которых они удовлетворяют свои потребности, реализуют жизненные планы и социальные ожидания.

В конце XX в. был разработан информативный, подходящий для сравнения и удобоваримый в практическом применении показатель социального развития, отражающий степень благополучия стран и народов в целом – **индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП)** [10].

**Индекс развития человеческого потенциала** - это коэффициент, рассчитываемый по таким показателям, как ожидаемая продолжительность жизни, образование и показатель валового национального дохода, а также описывающий процесс совершенствования человека в различных странах и регионах мира.

В совокупности ИРЧП характеризует уровень материального благосостояния при помощи валового внутреннего продукта (ВВП) в пересчете на душу населения, демографическую ситуацию при помощи ожидаемой продолжительности жизни, а также уровень образования, который рассчитывается на основе показателя уровня грамотности населения и показателя средней продолжительности обучения в учебных заведениях.

Каждый из включенных в индекс ИРЧП показателей в отдельности может не отражать общее состояние благополучия, но все они в совокупности непосредственно или опосредованно представляют картину благополучия или неблагополучия определенного общества.

Основой для измерения ИРЧП, в отличие от предыдущих исследований социального развития общества являются такие важные показатели, как достижения в области здравоохранения и образования, что до этого никогда не принимались во внимание.



ИРЧП был составлен по данным официальной статистики конкретно исследуемой страны, в силу чего полученные результаты можно было считать достаточно точными, объективными и поддающимися проверке.

Для определения индекса развития человеческого потенциала выделяют три основных направления, по которым измеряется благосостояние той или иной страны [23]:

1) здоровье и долголетие оценивается при помощи показателя **ожидаемой продолжительности жизни при рождении** (количество лет, которое может прожить новорожденный младенец, если существующие на момент его рождения преобладающие тенденции в области показателей смертности для конкретных возрастных групп останутся без изменений на протяжении всей его жизни);

2) доступ к знаниям измеряется при помощи двух показателей: **средней продолжительности обучения и ожидаемой продолжительности обучения**;

3) уровень жизни определяется с помощью показателя **валового национального дохода на душу населения** (совокупный доход экономики, полученный в ходе производства и владения факторами производства, принадлежащими остальному миру в международной валюте, разделенный на численность населения по состоянию на середину года).

**Средняя продолжительность обучения** - это среднее число лет образования, полученное лицами в возрасте 26 лет и старше в течение жизни. Оно основано на показателе образовательного уровня населения, пересчитанном в количество лет обучения на основе теоретической продолжительности каждого уровня полученного образования. Ожидаемая продолжительность обучения определяется количеством лет образования, которое может получить ребенок, поступающий в школу.

Описанные показатели несут в себе подробную (в совокупности) и вместе с тем специализированную (по отдельности) информацию, которая имеет существенное значение при выборе приоритетных

направлений в программе социальной политики современного государства, в том числе, при составлении многих законодательных проектов. Состояние системы здравоохранения, системы образования и уровня жизни населения не только отображают благосостояние социума со всех сторон, но также влияют на позитивное функционирование друг друга и вместе с тем ведут к успешному развитию других смежных сфер общества [23].

Например, выбор профессии человеком и его дальнейшее трудоустройство зависит в значительной степени от взаимодействия рынка образовательных услуг и рынка труда. Наличие тех рабочих мест, которые отвечают получаемому образованию, будут, несомненно, способствовать обеспечению занятости населения, реализации карьерного роста и оплаты труда в зависимости от его количества и качества, что ведет к успешному развитию экономики страны и, соответственно, улучшению уровня жизни.

При улучшении уровня жизни социума повышается и уровень социальных отраслей, что содействует широкому обеспечению материальных (жилищно-коммунальное хозяйство, бытовое обслуживание населения, системы кредитования, торговля и общественное питание, пассажирский транспорт) и социальных (здравоохранение, физическая культура и спорт, социальное обеспечение, образование, досуг) человеческих нужд и приводит к увеличению продолжительности жизни населения.

Если в социуме наблюдается социально благоприятный климат, то повышение продолжительности жизни и влекущее за собой увеличение численности населения (то есть наличие человеческого потенциала) будут гарантировать модернизацию системы образования и развитие новых технологий.

Идея создания ИРЧП была уникальна для своего времени и до сих пор результаты исследований экспертов ООН не вызывают

сомнений. И хотя данный индекс имеет свои недостатки [10], поскольку все три показателя не могут по отдельности передать состояние и процессы функционирования общества, вместе они составляют полноценную картину состояния социального благополучия страны или отдельного региона. Благодаря объективным оценкам социального благополучия общества людям гораздо легче проанализировать, а затем использовать полученные данные для дальнейшего повышения благосостояния общества. Таким образом, показатели Индекса человеческого развития являются основными индикаторами социального благополучия человека и общества.

За годы, в течение которых публиковались отчеты о развитии человеческого потенциала, первые места занимали следующие страны: Швейцария, Канада, Норвегия, Япония, Исландия [10].

В выпуске доклада об уровне ИРЧП, представленном в марте 2013г. в Мехико, указано, что наивысшие показатели индекса зафиксированы в Норвегии. Россия стоит на 55-м месте в группе стран с "высоким уровнем развития человеческого потенциала", поднявшись по сравнению с предшествующим докладом на 10 позиций. 42 страны, имеющие "очень высокий уровень" ИРЧП, названы в отчете "развитыми", хотя в их число входят, например, Барбадос или Сейшельские острова, которые обычно не принято включать в число развитых [10].

Стоит заметить также, что при всем этом составные ИРЧП России совсем не равнозначны. На мировом фоне среднестатистический российский человек отличается высокой образованностью, средним уровнем материального достатка и невысокой продолжительностью жизни.

Среди прочих показателей необходимо рассматривать динамику ИРЧП, что означает направленность и количественную величину изменений, продемонстрированных индексами разных стран по сравнению с 1990г., когда начались наблюдения. Исходя из этого последний опубликованный отчет, к сожалению, показывает, что Россия находится в числе стран, у

которых данный показатель ухудшился. Еще в 1990г. СССР, в том числе и Россия в его составе, находился в группе стран с очень высоким уровнем развития ИРЧП, занимая 23-е место в общем рейтинге [10].

Конечно, такое снижение социальных характеристик непозволительно для государства, которое поставило своей задачей улучшение и реформирование всех сторон своего развития. Именно для улучшения ситуации в социальной сфере были разработаны национальные проекты "Образование", "Здоровье", "Жилье", было начато стимулирование демографических улучшений [10].

За прошедшие года предпринимаемые усилия по улучшению здравоохранения и развитию высокотехнологичных видов медицинской помощи дали положительные результаты. Произошли позитивные изменения в одном из наиболее консервативных показателей – показателе средней ожидаемой продолжительности жизни. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин за последние 20 лет превысила 63 года, что является значительным ростом, но не достигает, впрочем, как и ожидаемая продолжительность жизни женщин, показателей 1990г. [10].

Специалистам социальной работы приходится чаще иметь дело с проблемами своих клиентов, обусловленными недостаточностью материальных средств. В свое время этот вид профессиональной деятельности создавался именно для того, чтобы обеспечить выживание людей, оказавшихся неприспособленными к реалиям нового вида социально-экономического устройства, спасти их от голода и крайней нищеты. Однако по мере адаптации большинства населения к экономическим условиям на первый план выходит и другая задача социальной работы – поддержание социального и духовного благополучия индивидов. Это обуславливает необходимость использования новых подходов, технологий и методов, которыми должны владеть специалисты в современных условиях.

В любом обществе существует множество различных правил поведения, которые в своей совокупности образуют систему регуляторов

общественных отношений. Если в первобытном обществе наиболее важные общественные отношения регулировались с помощью ритуала, мифа и обычая, то в современном обществе используются регуляторы двух групп – социальные и технические. К техническим регуляторам относятся правила, регулирующие отношения между человеком и внешним миром, которые не имеют социального содержания (инструкции по эксплуатации бытовых приборов, правила дорожного движения, государственные стандарты и др.). Что касается социальных регуляторов, то к ним относятся специальные приёмы воздействия на поведение людей, а также общественные отношения с целью придания им определённого направления в развитии [7].

Социальные регуляторы применяются для воздействия на отношения между людьми, складывающиеся в различных сферах жизни общества. Применительно к социальной сфере они представляют собой совокупность мероприятий, направленных на формирование условий, которые делают возможным наиболее полное удовлетворение потребностей людей на разных уровнях их жизнедеятельности. В литературе рассматриваются различные регуляторы, используемые для оптимизации уровня социального благополучия. Они распадаются на четыре группы, которые могут быть названы социально-экономическими, правовыми, социально-политическими и социокультурными [7].

Социально-экономические регуляторы социального благополучия представляют собой социальные регуляторы, которые направлены на создание условий для наиболее полной реализации трудового и интеллектуального потенциала граждан, а также обеспечение их материального достатка и достойного уровня жизни [7].

Правовые регуляторы социального благополучия представляют собой социальные регуляторы, которые направлены на развитие законодательной базы, обеспечивающей соблюдение прав и свобод человека во всех сферах его жизнедеятельности. В их основе лежат правовые нормы, которые санкционируются государством и воплощаются в юридических законах. Эти

законы образуют системы законодательства, которые регулируют отношения в различных сферах жизни общества. Для обеспечения социального благополучия особое значение имеет социальное законодательство, т. е. законодательство, которое регулирует отношения в социальной сфере, связанной с воспроизводством и развитием личности.

Базовым документом, в котором закреплены основные права и свободы человека и гражданина, является глава 2 Конституции Российской Федерации [12]. Сформулированные в ней положения дополняются и расширяются социальным законодательством, которое включает в себя гражданское право, семейное право, трудовое законодательство, законодательство в области образования, науки и культуры, законодательство в сфере здравоохранения, физической культуры, спорта и туризма, законодательство в области социальной защиты населения, законодательство, регламентирующее процессы обеспечения правопорядка, безопасности и гражданской обороны, а также законодательство по вопросам охраны окружающей среды и использования природных ресурсов. Наконец, на региональном уровне они конкретизируются в нормативно-правовых актах, которые принимаются субъектами Российской Федерации.

Воплощение в жизнь юридических законов в значительной степени зависит от правосознания его граждан, под которым имеется в виду совокупность представлений о том, каково значение норм права и правопорядка для жизнедеятельности человека и общества. Юридические законы и правосознание образуют основу правовой культуры, представляющей собой реализованную систему знаний о праве и государстве.

Правовая культура включает в себя культуру законодательства, правовую культуру власти и правовую культуру населения. Выделяют три аспекта правовой культуры – культуру законодательства, правовую культуру власти и правовую культуру населения. Первый из этих аспектов отражает соответствие законов уровню развития общества, второй – следование

представителей государственных органов принципам права, а третий – уважение людей к законам [20].

За соблюдением гражданами правовых норм осуществляется юридический контроль, организация которого является прерогативой государства в лице органов правопорядка, армии и других структур. Его ослабление приводит к росту преступности и падению общественной нравственности, а чрезмерное усиление ограничивает свободу, инициативность и творческую деятельность граждан.

Социальный контроль включает в себя две подсистемы, первая из которых направлена на купирование нежелательного поведения и поддержание желательного, а вторая – на воздаяние за то или иное поведение в форме поощрения или наказания. Вместе с социальным законодательством, правосознанием и правовой культурой он способствует созданию и сохранению комфортных условий жизнедеятельности людей, которые являются основой их социального благополучия.

Социально-политические регуляторы социального благополучия представляют собой регуляторы, связанные с механизмами формирования и реализации государственной социальной политики. Под социальной политикой понимается составная часть внутренней политики государства, ориентированная на решение актуальных социальных проблем. Задачи социальной политики включают в себя гармонизацию общественных отношений, создание условий для прогрессивного развития социальной сферы, совершенствование условий жизни, образа жизни и качества жизни населения, а также оказание необходимой социальной помощи, поддержки и защиты социально уязвимым слоям населения. Что касается основных направлений социальной политики, то к ним относят политику в сфере культуры, образования, охраны здоровья, социальной защиты населения и социально-трудовых отношений, а также жилищную политику, миграционную политику, социоэкологическую политику и т. д.

Инструменты социальной политики выступают в качестве социальных и политических регуляторов социального благополучия. Важнейшими из этих инструментов являются социальные стандарты и программы, национальные проекты. Социальные стандарты представляют собой устанавливаемые государством нормативы и нормы, обеспечивающие реализацию общественных (социальных) прав граждан и порядок предоставления таковых. Определяя нижнюю границу социального благополучия, социальные стандарты устанавливаются в виде стоимостных, временных натуральных и финансовых нормативов и норм.

Стандарты, которые устанавливаются государством, охватывают следующие сферы общественных отношений [7]:

- 1) оплату труда и трудовые отношения;
- 2) обеспечение занятости и помощи безработным;
- 3) пенсионное обеспечение;
- 4) обеспечение лекарственными средствами и товарами массового спроса;
- 5) обеспечение населения жильём, а также коммунальными и бытовыми услугами;
- 6) образование и профессиональную подготовку;
- 7) науку;
- 8) здравоохранение и физическое развитие;
- 9) культуру;
- 10) социальное страхование, социальную помощь и социальное обслуживание населения;
- 11) обеспечение экологической безопасности;
- 12) защиту социальных прав граждан.

Основными составляющими компонентами социального благополучия общества можно считать такие, как уровень жизни, обусловленный показателями среднедушевого дохода (ВВП на душу населения) и прожиточного минимума, а также понятия качества жизни,



устанавливаемые понятиями о состоянии здоровья и санитарного благополучия населения, вероятностью получения обязательной медицинской помощи и обеспечение социальной безопасностью.

Одним из наиболее подробных и объективных индикаторов общественного развития, отражающих степень социального благополучия на изучаемой территории, является Индекс развития человеческого потенциала.

Индекс развития человеческого потенциала – это коэффициент, рассчитываемый по таким показателям, как ожидаемая продолжительность жизни, образование и показатель валового национального дохода, а также описывающий процесс совершенствования человека в различных странах и регионах мира.

Особое место занимает социальная защищенность индивидов как фактор социального благополучия, что означает защищенность от преступных посягательств и терроризма, продовольственной и экологической безопасности, социальную защищенность при невозможности самостоятельного жизнеобеспечения при инвалидности, старости и т.п.

В обществе действуют так называемые социальные регуляторы, которые применяются для воздействия на отношения между людьми, складывающиеся в различных сферах жизни общества. В литературе рассматриваются различные регуляторы, используемые для оптимизации уровня социального благополучия. Они распадаются на четыре группы, которые могут быть названы социально-экономическими, правовыми, социально-политическими и социокультурными.

Инструменты социальной политики выступают в качестве социально-политических регуляторов социального благополучия. Важнейшими из этих инструментов являются социальные стандарты и программы, национальные проекты.

Стандарты, которые устанавливаются государством, охватывают обширное количество сфер общественных отношений, таких как, например,

оплату труда и трудовые отношения, пенсионное обеспечение, образование и профессиональную подготовку, науку, здравоохранение и физическое развитие, культуру и защиту социальных прав граждан.

Таким образом, социальное благополучие определяется и как интегральный показатель эффективности функционирования социальной сферы, отражение социального самочувствия, уровня благосостояния, качества жизни населения, индикатор социальной общественной безопасности страны в целом. Это показатель, который объединяет все структурные элементы социальной сферы и отражает процессы функционирования, а также уровень качества жизни общества.

### **1.2. Определение и сущность понятия «деградация социально-экономических систем страны»**

Как было сказано ранее, в структуру социального благополучия общества входят такие элементы, как уровень жизни, определяемый показателями среднедушевого дохода (ВВП на душу населения) и прожиточного минимума, а также понятия качества жизни, детерминируемые представлениями о состоянии здоровья и санитарного благополучия населения, возможностью получения необходимой медицинской помощи.

Сюда же нужно включить общественные ожидания в плане безопасности: защищенность от преступных посягательств и терроризма, продовольственной и экологической безопасности.

Особое место занимает социальная защищенность индивидов, т.е. уверенность в том, что, в случае если другие механизмы безопасности перестанут действовать, сработают социальные инструменты, которые помогут человеку избежать нищеты и голода, получить поддержку в случае невозможности обеспечить себя и свою семью собственными силами, содействие при потере работы, уход в старости и прочее. Следует подчеркнуть, что в основном забота о социальном благополучии своей семьи

является предметом собственной ответственности здоровых людей трудоспособного возраста. Однако пожилые люди, инвалиды, семьи с высокой иждивенческой нагрузкой не всегда могут справиться с возникающими социальными проблемами своими силами. Состояние социальной защищенности подразумевает достаточное финансирование социальной политики на всех ее уровнях, развитие инфраструктуры социальной помощи, наличие кадров специалистов, способных осуществлять меры социальной поддержки, наличие нормативных гарантий реализации социальных прав и свобод.

Чувство социальной защищенности у индивидов, которое не может возникнуть без наличия указанных выше элементов социальной защищенности, связано с состоянием социальной защищенности населения. Объективное существование этих структурных элементов не обуславливает автоматическое формирование у человека чувства социальной защищенности, в силу того, что граждане могут не знать о них или считать их недостаточными. Отсутствие же этого чувства неблагоприятно действует на состояние социальной стабильности, на субъективные характеристики благосостояния населения [18].

Социальное благополучие личности в значительной мере опирается на социальное благополучие общества, но не сводится к нему. Большую значимость для него имеет субъективная оценка человеком своего благосостояния, удовлетворенности жизнью. На первый взгляд, кажется, что зажиточная жизнь лучше, чем необеспеченная, что наличие комфортабельных условий для жизни вызывает большее удовлетворение, чем жизнь в аскетических условиях. Однако проведенные исследования показывают неполноту такой точки зрения.

Английский психолог М. Аргайл обобщил результаты широких кросс-культурных исследований и обнаружил, что уровень персонального счастья и удовлетворенности жизнью не зависит от развитости материально-бытовых

элементов цивилизации и богатства: эти показатели оказались равными у обследованных лиц из Франции и Чада, Нигерии и США и т.п. [14].

Впоследствии было определено, что человек воспринимает обыденное и привычное существование как нормальное для себя и оценивает его в величинах незначительных изменений, связанных с небольшими событиями, происходящими в рамках этого обыденного существования. Однако если происходящие изменения более значительны и производят качественные изменения в образе жизни, то возникает другой подход к оцениванию: люди реагируют на показатели сравнения либо с собственными жизненными условиями в прошлом, либо с жизненными условиями значимых других [14].

Так, если жизненные условия человека и его семьи улучшились, в течение некоторого времени он оценивает свое социальное благополучие как возросшее. Если эти улучшившиеся условия стали привычными, обыденными, оценка индивидуального социального благополучия возвращается к обычному среднему уровню. Эту закономерность важно учитывать при выявлении мнений и суждений получателей социальной помощи и клиентов учреждений социального обслуживания: вновь введенная мера социальной поддержки воспринимается как новая, дополнительная к уже существующей системе, не более полугода, а затем ее новизна утрачивается.

Своеобразно воспринимается и собственное благосостояние в сравнении с благосостоянием иных людей. Предметом сравнения выбираются значимые другие, т.е. те люди, которые для инициатора сравнения представляются показательными, авторитетными. Зависть к уровню чужого благополучия – это в целом позитивное чувство, порождающее мотивацию к труду, предприимчивости, достижениям. Средние, унифицированные показатели благосостояния, когда никто не живет лучше других, могут порождать самоуспокоенность и вести к застою.

Конечно, в обществе должны существовать механизмы поощрения активного труда, предприимчивости в рамках закона, изобретательности,

таланта и т.п., а также инструменты пресечения попыток достижения благосостояния незаконными средствами. В конечном итоге проницаемость границ социальных страт и исправная деятельность «социального лифта», позволяющего социально приемлемыми способами подняться вверх в общественной иерархии – это залог подвижности, модернизируемости социума, его способности к развитию и совершенствованию.

Однако невозможно отрывать друг от друга различные ипостаси «Я» в изучении субъективного благополучия, поскольку в их неразрывном единстве обеспечивается устойчивость и целостность личности, а также само это единство становится фактором субъективного благополучия.

Субъективное благополучие имеет общественно важное содержание. Разнообразие в его понимании зависит от типа личности, особенностей ее формирования и воспитания, эгоистической или альтруистической установки. Субъективное благополучие предполагает достижение удовлетворенности прежде всего в таких сферах, как общение, успешный труд, межличностные отношения. Поскольку субъективные переживания, «внутренние ощущения счастья» очень похожи вне зависимости от того, что их вызвало, аффективный компонент субъективного благополучия достаточно постоянен. Субъективное благополучие отнюдь не определяет объективного благополучия личности, оцениваемого по социальным критериям ее личных достижений, структуры личности, поведения и деятельности. Согласование общественных и субъективных конструкторов социального благополучия создает благоприятные условия для последовательного развития социума и его членов. Рассогласование порождает социальную нестабильность, а также негативные последствия длительного воздействия стрессовых факторов [14].

Для дальнейшего исследования проблемы реформирования систем образования и здравоохранения как фактора деградации социального благополучия необходимо установить, что понимается под термином

«деградация» вообще, в самом широком плане, и определить, что такое деградация применительно к социально-экономическим системам страны.

Слово деградация — заимствовано из польского языка (*degradacja* — от латинского *degradatio* «разжалование, постепенное понижение») — производного от *degradare* «спускаться», в свою очередь образованного с помощью приставки *de* «вниз» от *gradior* «шагать» [32].

В ряде словарей ошибочно показано, что слово деградация — заимствованное из французского языка. В действительности это слово заимствовано из польского языка в Петровскую эпоху в значении «разжалование, лишение чинов». Новое значение этого слова «упадок» оформилось в русском языке под влиянием французского и других западноевропейских языков в XX-м столетии [5].

В XX веке появилось не новое слово, а семантический неологизм — вместо изначального смысла «разжаловать» слово начало использоваться в новом смысле — упадок, постепенное ухудшение, утрату ценных свойств и качеств в разных областях (деградация общества, деградация культуры, деградация искусства, деградация почвы и др.) [5].

Деградация понимается как ухудшение показателей или характеристик того или иного объекта с течением времени, постепенное движение в обратном направлении, упадок, разрушение, снижение качества, под воздействием времени и законов природы. Понятие, которое часто используется как синоним слова «регрессия», а также противопоставляется понятию эволюции. Термин может быть использован применительно к биологическим или химическим процессам разложения, уменьшению качества сигнала в телекоммуникациях, в экологии [4].

В связи с данной трактовкой можно отнести термин «деградация» и к таким сферам общественной деятельности, как образование и здравоохранение. На основании изученных научных источников и собственного научного познания по проблеме игры, дадим ему рабочее авторское определение: *«Деградация социально-экономических систем -*

*это упадок сфер общественной жизнедеятельности, спад или стагнация внутри них, постепенное ухудшение качественных и количественных показателей, определяющих эффективность их функционирования».*

### **Выводы по первой главе**

**Социальное благополучие** определяется как интегральный показатель эффективности функционирования социальной сферы, отражение социального самочувствия, уровня благосостояния, качества жизни населения, индикатор социальной безопасности общественной системы в целом; социальное благополучие можно измерить через индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) - коэффициент, рассчитываемый по таким показателям как ожидаемая продолжительность жизни, образование и показатель валового национального дохода, а также описывающий процесс совершенствования человека в различных странах и регионах мира [10].

Деградация понимается как ухудшение показателей или характеристик того или иного объекта с течением времени, и в связи с этим сформулировано рабочее авторское определение деградации социально-экономических систем следующим образом:

***Деградация социально-экономических систем** - это упадок сфер общественной жизнедеятельности, спад или стагнация внутри них, постепенное ухудшение качественных и количественных показателей, определяющих эффективность их функционирования.*

Для детального исследования влияния на социальное благополучие реформ, проводимых в Российской Федерации, необходимо обратиться к историческим сведениям, а также провести анализ статистических данных современной ситуации в области образования и здравоохранения и соотнести с выведенными показателями социального благополучия, чему посвящена следующая глава.



## **ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ УСЛОВИЙ СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

### **2.1. Исторические аспекты формирования условий социального благополучия населения страны**

Реформы образования представляют собой масштабную деятельность в форме социального проекта по изменению содержания, структуры, методов, форм образования. Зачастую такая деятельность носит государственный, в последнее время и глобальный характер. Реформы образования часто вызваны потребностями общественности. Реформирование может носить как эволюционный, так и революционный характер; быть инициировано учеными, правителями, правительством отдельных стран, решением правительств при общем коллективном обсуждении.

Реформы образования могут осуществляться в рамках отдельного учебного заведения, подсистемы таких заведений, в масштабах всей страны, континента. Они свидетельствуют об усилении значения образования как общественной ценности. Примером масштабных реформ образования под влиянием социальных изменений являются реформы в России XX в. [9].

Революция 1917г. поставила задачи ликвидации безграмотности населения, общедоступности образования, его унификации как идея единой школы, контроля со стороны государства. Разработка содержания, структуры, методов и форм образования соединялась с новой концепцией воспитания, основанного на коллективизме А.С. Макаренко, с деятельностной психологической концепцией Л.С. Выготского [9].

Компромисс был достигнут в концепции воспитывающего обучения, при которой воспитание стало функцией образования, положенной в основу реформ образования в СССР во второй половине XX в., придав им определенную специфику, определив как их достижения, так и просчеты. Демократизация общества в период «оттепели» привела к появлению



«Закона об укреплении связи школы с жизнью и о дальнейшем развитии системы народного образования в СССР» 1958г., на основании которого была проведена одна из масштабных реформ образования [9].

Для преодоления «отрыва обучения от жизни» были проведены структурные, количественные и качественные изменения всей системы образования в целях социализации молодежи через улучшение ее профессиональной подготовки, учитывающей насущные потребности общества, повышение уровня подготовки специалистов в соответствии с техническим прогрессом. При этом был увеличен срок обучения в средней школе на один год для совмещения общего образования в объеме средней школы с профессиональной подготовкой молодых рабочих массовых профессий. Статьи 28 и 29 Закона предписывали осуществление подготовки специалистов в вузах на основе соединения обучения с полезным трудом в зависимости от профиля вуза, предпочтительный прием в вузы производителей, имеющих стаж работы, приоритетное развитие вечернего и заочного высшего образования [9].

Итогом реформы стало обеспечение социальной мобильности представителей разных социальных слоев (решающим был переход на восьмилетнее обязательное обучение), развитие материальной базы школ, оснащение их мастерскими и кабинетами и т. д., значительный рост обучающихся в общеобразовательных школах, школах рабочей и сельской молодежи, средних специальных учебных заведениях, вузах, а в целом — повышение общеобразовательного уровня в стране.

Но к середине 1960-х гг. реформа отчетливо продемонстрировала свою неэффективность в ряде ключевых аспектов. Прежде всего, затраты на профессиональную подготовку в средней школе значительно превысили отдачу, уровень этой подготовки оказался не соответствующим техническому прогрессу и потребностям страны.

Реформа продемонстрировала опасности волюнтаризма в области развития образования.

В 1965г. пришлось вернуться к десятилетнему среднему образованию, к приоритету дневного обучения в вузах, сокращению льгот при поступлении в вузы производственникам со стажем, отказаться от ряда положений реформы. Ключевым в реформе 1965г. стал переход к всеобщему среднему образованию, объявленный приоритетом советской образовательной политики. В Постановлении ЦК КПСС и СМ СССР «О завершении перехода к всеобщему среднему образованию» 1972г. был подведен итог этой реформы [20].

Социальные последствия реформы для молодого поколения были весьма весомыми: значительно расширился доступ к высшему образованию, что было особенно важно для выходцев из семей рабочих, колхозников. Негативным следствием стало понижение уровня подготовки абитуриентов вузов. Раскрывалось главное противоречие советских реформ образования: решение социальных проблем молодежи через расширение доступа к образованию оборачивалось понижением качества подготовки квалифицированных специалистов и тормозило модернизацию страны и в итоге ее социальное развитие.

Одним из основных факторов, усиливавших это противоречие, стало убеждение властей в том, что реформы образования должны осуществляться за счет структурных изменений, без каких-либо финансовых вложений. Отношение расходов на высшую школу к национальному доходу в период с 1950 по 1981 гг. снизилось в 2 раза, а отношение расходов в расчете на одного студента к национальному доходу на душу населения сократилось почти в шесть раз за тот же период.

Усилились темпы отставания советской высшей школы от прогрессивных мировых достижений в информационной, экономической, научно-технической и управленческой сферах [20]. Одна из масштабных реформ образования, объявленная в 1984г. в соответствии с Постановлением Верховного Совета СССР «Об основных направлениях реформы общеобразовательной и профессиональной школы», предполагала дополнить

всеобщее среднее образование молодежи всеобщим профессиональным. Это, по мнению авторов реформы, позволяло нацелить молодежь на получение рабочих профессий, перераспределив материальные ресурсы в пользу системы профессионально-технического образования за счет высшей школы, т. е. в этой реформе указанное противоречие достигло своего пика [20].

Начавшаяся в 1985г. «перестройка» привела к появлению «Основных направлений перестройки высшего и среднего специального образования в стране», «Координационного плана НИР по комплексным проблемам высшего и среднего специального образования на 1987–1990гг.» 1987г., сопутствовавших им партийно-правительственных постановлений по высшей школе. Перестройка высшей школы понималась как ее децентрализация и демократизация. Эта линия должна была стать ведущей в «Государственной программе развития высшего образования», разработка и осуществление которой с 1989г. были прерваны распадом СССР.

Новый этап и новая реформа связаны с принятым в 1992г. Закона РФ «Об образовании» [27]. Важнейшее реформаторское положение закона — допущение наряду с государственным и негосударственного образования, что при отсутствии бюджетных средств на развитие образования в стране в короткий срок обеспечило негосударственное финансирование этой сферы и привело к началу настоящей образовательной революции.

В 1992-1993 учебном году в стране негосударственных вузов не было. Государственных вузов было 535. Через три года, в 1995-1996 учебном году, их стало на 6% больше, а негосударственных — 193. Еще через 5 лет государственных вузов стало на 6% больше, а негосударственных — на 85%. За это пятилетие количество студентов увеличилось в государственных вузах на 61%, а в негосударственных на 246% [1].

В законе РФ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» 1996г. впервые цель образования была сформулирована исходя из потребностей личности: удовлетворение потребностей личности в

интеллектуальном, культурном и нравственном развитии; развитие наук и искусств посредством научных исследований и обучения [26].

Однако это положение остается нереализованным. Новые реформы образования в России должны учитывать новые реальности общества. Этот фактор представлен в осуществляемых в наши дни мерах по развитию образования, будь то переход на двухступенчатую систему высшего образования (бакалавриат и магистратура), введение ЕГЭ (единого государственного экзамена), нового ФГОС, пересмотр государственного финансирования вузов (с выделением небольшого числа элитных учебных заведений) и т. д. [17][27].

Однако практически все основные начинания наталкиваются на серьезное сопротивление со стороны как ведущих специалистов в области образования, так и общества в целом, что свидетельствует о недостаточно глубокой проработке национальной образовательной доктрины. Все инновационные преобразования в высшей школе должны иметь человеческое измерение, а для этого потребуются не только дальнейшее исследование методологических аспектов модернизации высшего образования, но и создание целостной теории социальной организации высшего образования как главного социального института трансляции культуры и формирования творческого потенциала российского общества [2].

Таким образом, обстоят дела с историей реформирования системы образования. Мы видим противоречие между стремлением к улучшению ситуации в стране по осуществлению образовательных программ и постоянным реформированием этой области, которое дает спорные результаты, дестабилизирует систему и приводит к снижению удовлетворенностью проводимой политикой в системе образования.

О проблемах реформирования системы здравоохранения - как влияли реформы в этой сфере на социальное благополучие населения России, действительно ли они давали положительный эффект?

Сфера здравоохранения является если не важнейшей, то одной из наиболее значимых социальных структур. Необходимо отметить, что хотя массовое медицинское обслуживание появилось относительно недавно, услуги доктора, целителя, знахаря существовали с давних пор и были доступны лишь только высоким слоям общества. Бесспорным является факт того, что для стабильного развития государства необходимо поддерживать и повышать общий уровень здоровья населения.

Вопрос о реформировании системы здравоохранения в Российской Федерации на протяжении уже нескольких десятилетий стоит остро по ряду причин. К ним относятся в первую очередь тяжелая демографическая ситуация в стране, а именно отрицательный естественный прирост населения с 1992 года. Аномально высокая для развивающихся стран младенческая смертность, высокая смертность трудоспособного населения имеют одним из своих последствий все более активное обсуждение вопроса о реформировании системы здравоохранения.

В свете коренных политических преобразований в 1990гг., после распада СССР выявились определенные слабости советской здравоохранительной системы и ее низкая применимость в условиях новой реальности молодого государства, что потребовало от правительства радикальных шагов. Преобразования системы здравоохранения должно опираться на исторический опыт России.

История российского здравоохранения начинается с получения христианскими монахами разного рода знаний врачевания из Византии. Подавляющее большинство заведений, где больные могли получить медицинскую помощь, представляло собой церкви и монастыри, а позже открытые при них больницы. В дореволюционной России слой крестьянства, живший преимущественно в деревнях, составлял абсолютное большинство. Однако основные действия государства были направлены на ликвидацию эпидемий в крупных городах. В 1861г. было отменено крепостное право, но крестьяне заметили перемены лишь после реформ Александра II 1864г.,

когда в сельских районах были организованы разного рода социальные организации, обслуживавшие бедное население, в том числе медицинские (земская медицина). Основным средством финансирования таких медицинских организаций являлось налогообложение населения.

Земская медицина, основанная на бесплатном централизованном предоставлении медицинских услуг всем гражданам, послужила фундаментом для советской медицинской системы, в ее рамках сформировалось множество организационных принципов, характерных для более поздней системы здравоохранения. Рост промышленности в начале XX века, а также укрепление позиций рабочих способствовал появлению страховой медицины на фабриках и заводах. В 1912г. был принят закон о страховании рабочих от болезней и несчастных случаев, который предполагал лечение за счет собственников предприятий [17].

Однако в той версии закона присутствовало множество оговорок, особенно о его территориальном влиянии, так что лишь небольшая доля и без того не самого крупного класса рабочих находилась под защитой государства. Революция 1917г. и последующая гражданская война создали ряд новых проблем, которые было необходимо решить. В 1918г. Совет народных комиссаров РСФСР принял декрет «Об учреждении Народного Комиссариата здравоохранения», главой которого стал Н.А.Семашко, автор советской системы здравоохранения, основанной на государственном централизованном обеспечении равного доступа всех граждан к медицинскому обслуживанию [17].

Создание Народного Комиссариата здравоохранения (НКЗ) положило конец эпохе страховой медицины: все лечебные учреждения в стране подлежали национализации. Повсеместно организовывались санитарные отделы Советов, исполнявшие решения центральных органов здравоохранения. Последующие годы прошли под лозунгом «От борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда и быта». Данная задача успешно претворилась в жизнь во многом благодаря системе Н.А.Семашко.

Подчеркивалась важность участия населения и объединений трудящихся в работе лечебно-профилактических заведений, важность оздоровления труда и быта.

Также в это время было реформировано медицинское образование: в связи с острой нехваткой врачей и другого персонала, в университетах начали открываться медицинские факультеты. В годы первых пятилеток, когда в приоритете властей стояла не социальная сфера, а промышленность, доля расходов на здравоохранение существенно сократилась, и особая роль уделялась здравпунктам на промышленных предприятиях, борьбе с профессиональными заболеваниями [31].

Набирала темпы медицинская и фармацевтическая промышленность. Основным же методом лечебно-профилактической помощи стала диспансеризация, вышедшая далеко за рамки борьбы лишь с такими социальными болезнями, как туберкулез и венерические заболевания. В конце 1920-х гг. появляются санитарно-эпидемиологические станции (СЭС), главной задачей которых являлась организация мероприятий по борьбе с инфекционными и паразитарными болезнями.

В 1930г. осуществляется реформа медицинского образования, реорганизовавшая медицинские факультеты в самостоятельные институты и передавшая их из Народного Комиссариата просвещения в НКЗ, что благоприятно сказалось на количестве выпускаемых врачей и другого персонала. Это также привело к разделению медицинских институтов на факультеты, что позволило подготавливать узкоспециализированные кадры, существенно возросло качество предоставляемых услуг.

В годы Великой Отечественной войны (1941-1944гг.) приоритетными задачами медицинских служб являлось обеспечение армии. Как никогда в этот период ощущалась нехватка хирургов, тогда было разработано множество методов организации медицинской помощи и собственно лечения.



В 1944г. была учреждена Академия медицинских наук СССР. Чрезвычайно значимым организационным мероприятием этого периода стало объединение амбулаторно-поликлинических заведений с больницами в комплексы, именуемые объединенными больницами. В послевоенный период советское здравоохранение, так же как и другие сферы, проходило процедуру восстановления. По официальным данным, уже к 1960г. число медицинских заведений, врачей и больничных коек значительно превысило довоенный уровень.

В 1960-е гг. большое внимание уделялось развитию служб, обеспечивающих население неотложной помощью, развивалась стоматология и рентгенорадиология. Однако финансирование здравоохранения по-прежнему продолжало осуществляться по остаточному принципу. Более того, вплоть до распада СССР в 1991г., снижалась доля государственного бюджета, выделяемая на сферу здравоохранения. Система, направленная на борьбу с массовыми, в основном инфекционными заболеваниями путем санитарных противозидемиологических мер, становилась все менее эффективной в связи со стремительной трансформацией структуры заболеваемости и смертности: здравоохранение все чаще сталкивалось с иными формами патологии.

Медицине советского периода, ориентированной на рост учреждений здравоохранения как на панацею, было необходимо совершить качественный скачок вперед. При активном использовании методов лечебно-профилактической помощи СССР, которые получили признание во всем мире. Всемирная организация здравоохранения на международном совещании в Алма-Ате 1978г. оценила советскую организацию первичной медико-санитарной помощи как одну из лучших в мире.

В 1980-е гг. руководители сферы здравоохранения осознали необходимость проведения реформ. Страна была переполнена лечебными учреждениями, что влекло к неэффективности всей системы. Вместе с общими настроениями эпохи перестройки это обусловило начало реформ и в



сфере здравоохранения. Первые меры были направлены на сокращение специализированной медицинской помощи и увеличение первичной, они были проведены в Ленинграде, Самарской и Кемеровской областях.

После распада Советского союза произошла децентрализация системы здравоохранения. В связи с повсеместным недостатком средств, охрана здоровья переживала глубокий кризис: больницам было не на что лечить больных, большая доля населения не имела возможности приобретать лекарства. Возникла чрезвычайно острая необходимость в реформах. В условиях экономической катастрофы начала 1990-х гг. здоровье населения стремительно ухудшалось, сокращалась средняя продолжительность жизни.

Вводилось обязательное медицинское страхование (ОМС) как альтернатива бюджетной системе здравоохранения. Начали происходить коренные сдвиги: появилось множество частных клиник, закупалось высокотехнологичное оборудование. Однако так и не были решены проблемы, связанные с низким финансированием отечественного здравоохранения.

Реформы здравоохранения того времени были направлены на децентрализацию, на поиски новых источников финансирования. Главной новацией в этих реформах стала система обязательного медицинского страхования. Для России, страдавшей регулярными дефицитами бюджета, введение ОМС, опирающегося на взносы из фонда оплаты труда, стало полезным дополнительным источником финансирования.

Новое министерство здравоохранения также проводило ряд образовательных и административных реформ, начало подготовку врачей общей практики. Часты были случаи предоставления самостоятельности медицинским учреждениям, был изменен подход к оплате труда работников в данной сфере. Главной целью реформ была реабилитация всей системы здравоохранения, переход к её эффективному функционированию в новой рыночной экономике.

При разработке реформ важнейшей задачей было обеспечить население основными медицинскими услугами. Предполагалось, что подобная реорганизация системы позволят достичь экономии достаточного количества средств, чтобы обеспечить хотя бы минимальные потребности населения. Однако, к сожалению, на деле этого не произошло. На сегодняшний день принято решение о переходе на одноканальное финансирование и широкий доступ частных компаний к госзаказу. Начиная с 1994г. доля частных инвестиций в здравоохранение значительно выросла. Таким образом, правительство продолжает путь реформ в направлении к смешиванию систем государственного и частного страхования, постепенно уменьшая долю финансирования здравоохранения из бюджета.

Без сомнений можно предсказать будущий рост конкуренции в сфере предоставления страховых услуг, что должно сказаться на требованиях страховых компаний к медицинским учреждениям, а, следовательно, и на качестве предоставляемых услуг.

Реформы российского здравоохранения стартовали во время коренных политических изменений и были вызваны действительной необходимостью. На сегодняшний день этот этап не завершен, здравоохранение Российской Федерации все еще находится в состоянии постепенной модернизации, однако все же можно сделать некоторые общие выводы. Еще слишком рано судить о результатах и значимости проводимых реформ. Министерство здравоохранения больше не играет ключевой роли в планировании и управлении всей системой. Однако реформы, которые должны были существенно сдвинуть российское здравоохранение от системы Н.А.Семашко к системе, способной давать результат и обеспечивать лечением спектр болезней индустриального и постиндустриального общества, затормозились.

Таким образом, предполагалось, что реформы позволят сэкономить средства для обеспечения минимальных потребностей населения, чего не

произошло, хотя введение обязательного медицинского страхования во многом облегчило проблему финансирования [3].

В действительности, возможно, причина неспособности системы здравоохранения удовлетворять потребности населения лежит гораздо глубже проблемы выбора модели развития. Некоторые врачи полагают, что причины проблем российской медицины лежат в кадрах с низкой квалификацией [30].

Несмотря на то, что некоторые проблемы уже были частично решены правительством, современной структуре здравоохранения предстоит претерпеть еще достаточно изменений, только после которых, по истечении времени можно объективно судить об их эффективности.

Очевидно, что в течение постоянного реформирования как системы образования, так и системы здравоохранения, сохраняется и добавляются новые проблемы, нерешенные вопросы, что не способствует повышению социального благополучия, а указывает на некий спад, то есть деградацию данных систем.

## **2.2. Влияние реформирования системы российского образования на социальное благополучие населения**

Политические и социально-экономические преобразования конца 80-начала 90-х гг. оказали существенное влияние на российское образование. За короткий срок произошла его адаптация к принципиально новым условиям политической жизни, к свободному развитию демократического гражданского общества, удалось реализовать академическую автономию высших учебных заведений, обеспечить многообразие образовательных учреждений и вариативность образовательных программ, развитие многонациональной российской школы и негосударственного сектора образования.

Эти процессы получили свое отражение и закрепление в федеральном законе РФ «Об образовании» [17]. Однако комплексное обновление системы образования не было осуществлено, в связи с чем нынешнее состояние образования - его содержание и структура, его материальная база, организационно-экономические и управленческие механизмы, статус педагогического работника не соответствуют современным потребностям развития страны, запросам личности, общества и государства.

Произошедший в 90-х гг. общесистемный социально-экономический кризис существенно затормозил позитивные процессы. Государство во многом ушло из образования, которое вынуждено было заняться самовывживанием, в значительной мере абстрагируясь от реальных потребностей страны. В современных условиях, когда государство и общество начали достаточно отчетливо заявлять свои приоритеты, стало очевидным, что образование более не может оставаться в состоянии внутренней замкнутости и самодостаточности.

Действующая система образования существенно отстает от процессов, происходящих в обществе. Устаревшее и перегруженное содержание сегодняшнего школьного образования, его оторванность от реальных потребностей жизни заставляют многих детей расплачиваться своим здоровьем за необходимость освоения современных учебных программ.

Профессиональное образование, в свою очередь, еще не способно в должной мере решить проблему «кадрового голода», обусловленного новыми требованиями к уровню квалификации работников. В то же время многие выпускники учреждений профессионального образования не могут найти себе работу, определить собственную «нишу» в современной экономической жизни. В условиях экономического расслоения общества все эти недостатки системы образования усугубились неравным доступом к качественному образованию в зависимости от доходов семьи.

Сегодня образовательные учреждения обеспечены бюджетным финансированием только на 25-40% от расчетной нормативной потребности.

В профессиональном образовании, особенно что касается высшего образования, это частично дополняется внебюджетными поступлениями от платных услуг, общеобразовательные же школы практически не имеют возможности привлечь дополнительные средства.

В настоящее время комплексная и глубокая модернизация системы образования - это императив образовательной политики России, ее главное стратегическое направление. В Толковом словаре Д.Н. Ушакова дается определение глаголу «модернизировать» (от фр. *modernizer*) — придать (придавать) чему-нибудь современный облик, переделать (переделывать) что-нибудь на новейший лад [24].

В переломный период своего развития Россия должна в полной мере использовать свой потенциал в сфере образования, науки и культуры для скорейшего возвращения в первый эшелон исторически лидирующих государств. Страна разрешит свои назревшие социальные и экономические проблемы не за счет экономии на общеобразовательной и профессиональной школе, а на основе ее опережающего развития, исходя из коренных государственно-политических целей и интересов.

Как было отмечено в послании Президента Российской Федерации Федеральному собранию еще в апреле 2001г., сегодня должен быть изменен сам подход к образованию [17]. В эпоху глобализации и новых технологий - это не просто социальная сфера. Это - вложение средств в будущее страны, в котором участвуют государство и общество, предприятия, организации, граждане - все заинтересованные в качественном образовании. Однако все не только остановилось на прежнем месте, но еще больше эти проблемы усугубились.

Изменение отношения государства и общества к образованию должно выразиться в конкретных шагах: в увеличении объемов его финансовой поддержки, в особой заботе о работниках образования, в создании условий для использования интеллектуального потенциала образованных людей и формировании общественного мнения о ценности образования.

В этой связи необходимо уже в ближайшее время повысить долю бюджетных расходов на образование в структуре ВВП с 3,5% до 4,5% , обеспечить опережающий рост затрат на образование по отношению к другим сферам бюджетного финансирования, конкурентоспособность образования на рынке труда, существенное увеличение заработной платы работникам образования и усиление стимулирования качества и результативности педагогического труда.

Государство должно обеспечить ресурсную привлекательность образования для вложения средств предприятий и граждан, модернизировать действующие в образовании организационно-экономические механизмы, что позволит увеличить объем внебюджетных средств в образовании с 1,5% до 2-2,2% ВВП, а также кардинально улучшить использование этих средств, направив их непосредственно в учебные заведения [17].

В условиях ожидаемого демографического спада контингент учащихся и нагрузка на систему образования сократится практически на одну треть. Это обстоятельство необходимо проработать как ситуационный резерв для внутрисистемного маневра ресурсами в целях рационализации сети общеобразовательных учреждений, поддержки инновационных школ и других «точек роста» в образовании.

Меры государственной поддержки образования должны сочетаться с усилением роли государства в обеспечении соответствия образовательной деятельности запросам личности и общества. Органы государственной власти и управления призваны совместно с общественностью добиваться высокого, современного качества работы образовательных учреждений и организаций, независимо от формы собственности, систематически анализировать перспективные потребности рынков труда и проводить рейтинг учебных заведений, широко распространять информацию об этом.

Таким образом, содержание образования - это та сфера, от которой зависит формирование самостоятельной сознательной личности, действующей в соответствии с общечеловеческими ценностями и

традициями своего народа. За последние годы весомо возросла роль знания теории, что предполагает расширение и дополнение содержания, увеличение качества воспитания и обучения, пересмотр программ на предмет их соответствия социально-экономическим условиям и научному прогрессу. На сегодняшний день существуют различные варианты реформирования системы высшего профессионального образования.

Ситуация осложняется тем, что высшая школа, вступая в переходное состояние, должна учитывать и тот факт, что российская экономика находится в стадии становления социально-экономической устойчивости.

Если рассматривать систему образования как главное средство поддержания «интеллектуального» и психологического здоровья населения, то непосредственно физическое здоровье в большей части отведено под ведомство системы здравоохранения.

### **2.3. Реформирование системы российского здравоохранения как фактор ухудшения социального благополучия граждан страны**

Здоровье населения всегда являлось и является одним из приоритетных условий сохранения и преувеличения экономического могущества любого из государств. Экономика и общество нашей страны столкнулись с беспрецедентными по масштабам проблемами в сфере демографии и здоровья населения. Изменения, происходящие в мире, обуславливают необходимость модернизации в системе здравоохранения, которая стала одним из ведущих факторов конкурентоспособности государства на международной арене.

Расходы государства на здравоохранение приводят к поразительному результату. В сравнении с другими государствами расходы на здравоохранение в РФ катастрофически малы. Россия тратит на финансирование данной сферы вдвое меньше стран «большой семерки»:



США, Франция, Великобритания, Канада, Япония — 7,1—7,9 % ВВП. Она отстает даже от развивающихся стран: в Венгрии, Польше, Болгарии и Эстонии власти расходуют 4,2—4,9 % ВВП. Кроме того, России так и не удалось увеличить финансирование здравоохранения до минимальных стандартов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) — 5,5—6 % ВВП. По оценке ВОЗ, Россия по финансированию здравоохранения стоит на 70-м месте в мире, а по эффективности здравоохранения на 130-м [19].

Подавляющее большинство граждан уверены: качество и доступность медицинского обслуживания за последние годы ухудшаются или, по крайней мере, не улучшаются. Такие данные опросов обнародовали сразу несколько исследовательских центров. Россияне говорят о деградации здравоохранения, а эксперты — о коррупции, разъедающей эту сферу. Однако в Минздраве считают, что недовольство здравоохранением — нормальное явление. По собственным опросам ведомства, удовлетворенность граждан реализацией медицинских госпрограмм достигает 60% [6].

Важнейшей целью государственной политики в области здравоохранения на современном этапе является улучшение состояния здоровья населения, обеспечение доступности и качества медицинской помощи для граждан России. В то же время, обеспечение качества и доступности медицинской помощи одна из наиболее важных и наиболее сложно решаемых проблем здравоохранения, которой в условиях целенаправленного совершенствования российского здравоохранения должно уделяться внимание не только на федеральном уровне, но и на уровне субъектов РФ.

Основным стратегическим направлением повышения качества медицинской помощи является обеспечение всех необходимых условий с целью удовлетворения потребностей жителей Российской Федерации в качественном медицинском обеспечении на всех его этапах, от амбулаторно-поликлинического звена до специализированной помощи [20].



Под доступностью медицинской помощи понимается своевременное получение помощи, адекватной потребности, и дающей наилучшие из возможных результатов для здоровья, при условии, что личные расходы потребителей на медицинские услуги не должны являться непосильным бременем для семейного или личного бюджета и, тем более, являться причиной отказа от лечения.

Система обязательного медицинского страхования создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение доступной и бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации [23].

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Социальная защита в условиях современного социума отражает такое качество социальных отношений, при котором любой член общества не только гарантированно получает медицинскую помощь и имеет возможность, таким образом, улучшить свое качество жизни.

Важнейшим нормативно-правовым актом, регулирующим обязательное медицинское страхование, является Закон Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29 ноября 2010г. [28].

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. Для принятия необходимых управленческих решений и достижения стабильных показателей качества оказываемой медицинской помощи гражданам, поддержания их на соответствующем уровне и обеспечения доступности качественных медицинских услуг для широких слоев населения РФ,

особенно значимым является получение необходимой информации с использованием социологических методов на различных иерархических уровнях и среди различных субъектов системы здравоохранения.

Общественное мнение как инструмент контроля качества медицинской помощи наряду с анализом статистических показателей дает возможность выявлять достижения и недостатки функционирования системы оказания медицинской помощи населению для своевременного принятия необходимых управленческих решений.

За 2010г. только к Уполномоченному по правам человека в Пермском крае поступила информация о 277 нарушениях на охрану здоровья и медицинскую помощь. Половина всех жалоб поступила от пенсионеров, инвалидов, призывников, родителей детей и других групп населения. Из них 35% жалоб – на некачественное предоставление медицинской помощи, либо отказ в ее предоставлении, в т.ч. о недоступности медицинской помощи в отдаленных районах [25].

Методом анкетирования нами было проведено изучение качества и доступности медицинской помощи. Всего было опрошено 50 респондентов в возрасте от 18 до 65 лет. Из них 80 % составили женщины. Среди опрашиваемых были студенты, пенсионеры, служащие и рабочие. Большинство респондентов (58%) знают, что такое обязательное медицинское страхование (далее ОМС), 34% – знают, но недостаточно.

65% респондентов не знают перечня бесплатных медицинских услуг, предоставляемых в лечебном учреждении, в соответствии с федеральной программой обязательного медицинского страхования. Данные показывают, что граждане недостаточно информированы о системе ОМС.

При исследовании установлено, что качеством оказания медицинских услуг в поликлинике не удовлетворены 53% респондентов, 32% – не в полной мере, и только 15% удовлетворены. Удовлетворенность отношением врачей в поликлинике по месту жительства выглядит следующим образом:

40% не удовлетворены отношением врачей, 39% – не в полной мере, 21% – удовлетворены [25].

Правом выбора врача или поликлиники не пользовались 76% респондентов. Однако данное право закреплено в ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29.11.2010г.

Что также свидетельствует о недостаточной информированности граждан о системе ОМС (24% пациентов не интересуются информацией о медицинском обеспечении).

На вопрос: куда следует обращаться с жалобой (предложениями) на некачественное оказание медицинских услуг, 39% указали – в департамент здравоохранения (района, города, края); 36% к главному врачу; 19% – в министерство здравоохранения; 3% – в суд; 3% – в страховую медицинскую организацию.

О доступности платных медицинских услуг: 44% респондентов ответили, что им доступны такие услуги, 39% – не доступны, 17% – затрудняются с ответом. Данные говорят о том, что большинство пациентов не готовы платить за медицинские услуги. Другая часть готова потратить свои деньги на оказанную медицинскую помощь, поскольку это вызвано целесообразностью получения более качественной медицинской услуги, а в некоторых случаях необходимостью.

Таким образом, данные исследований свидетельствуют о низкой информированности населения о перечне бесплатных медицинских услуг (65%) и о низкой удовлетворенности качеством медицинской помощи (85%).

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации, одним из приоритетов государственной политики должно являться сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

Такой принцип как создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, закреплён в новом ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ (Далее Закон) [29]. Новый Закон закрепляет право граждан РФ на: выбор страховой медицинской организации; выбор медицинской организации; выбор врача; получение бесплатной медицинской помощи на всей территории РФ по полису ОМС. Также Законом предусмотрена передача полномочий по организации оказания медицинской помощи с уровня местного самоуправления органам власти субъектов РФ, что обеспечит высокую ответственность за эффективную организацию медицинской помощи в субъектах Российской Федерации.

20 октября 2015г. Комитет гражданских инициатив (КГИ) провел экспертный круглый стол «Российское здравоохранение: состояние и перспективы», посвященный обсуждению проблем в этой области и путей их решения [8].

С докладами выступили А.Линденбратен, доктор медицинских наук, профессор (кафедра управления и экономики здравоохранения ГУ-ВШЭ); А.Пиддэ, профессор, доктор экономических наук (Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ); Г.Улумбекова, доктор медицинских наук, председатель правления Ассоциации профессиональных медицинских обществ по качеству); В. Гришин, профессор, доктор экономических наук, кандидат медицинских наук; Ю. Комаров, профессор, доктор медицинских наук, член КГИ.

А.Линденбратен посвятил свое выступление разграничению понятий «здравоохранение» и «охрана здоровья». Здравоохранительная система должна заниматься, прежде всего, лечением тех, у кого проблемы со здоровьем. Однако некоторые проблемы можно предотвратить благодаря профилактике заболеваний. Сейчас у населения России в массе своей образ жизни очень нездоровый, а государственная политика, направленная на

снижение неблагоприятных факторов влияния на здоровье людей, неэффективна. В связи с этим число заболеваний растет, а система медицинского обслуживания, в свою очередь, также дисфункциональна и не справляется с этим.

Официальная медицинская статистика, подчеркнул А.Линденбратен, не отражает реальной ситуации с заболеваемостью населения. Например, по данным исследования Национального НИИ общественного здоровья РАМН, распространенность артериальной гипертензии составляет 62,5%. Это в три раза превышает показатель, который приводит официальная статистика: 21,7% [8].

Нельзя сказать, чтобы государство по этому поводу ничего не делало. В 2008г. в рамках национального проекта «Здоровье» начались целевые программы, направленные на снижение смертности от болезней системы кровообращения, новообразований и внешних причин. Была программа модернизации здравоохранения, на которую выделили 629 млрд. рублей, в том числе 460 млрд. рублей на период с 2011 по 2012 гг. Тем не менее, результат крайне мал.

По мнению А.Линденбратена, одна из причин в том, что отсутствует понимание разницы между системой охраны здоровья и традиционным здравоохранением. Государственные стратегии были направлены именно на здравоохранение, но не предполагали развития моделей улучшения и охраны здоровья. В отличие от системы здравоохранения, охрана здоровья включает в себя гораздо более широкий социальный контекст. Ежегодно в стране происходит порядка 30 тысяч убийств и 36 тысяч самоубийств, особенно среди детей и подростков. Это говорит о крайне нездоровой социальной обстановке [8].

Показатели смертности также увеличиваются за счет ДТП, многие из которых - следствие вождения в нетрезвом состоянии. Распространенность курения среди взрослого населения России составляет 40%, а потребление алкоголя в 1,7 раза выше, чем в странах ОЭСР. В последние годы

государство пытается вести борьбу с курением и для этого изобретает способы притеснения курильщиков. Однако результативность этой стратегии минимальна. А.Линденбратен считает, что главная задача не в том, чтобы заставить курильщиков бросить курить, а в том, чтобы не появлялись новые курильщики. А для этого нужна профилактика в виде кампаний, направленных на мотивацию к здоровому образу жизни. И главной аудиторией таких кампаний должны быть, прежде всего, школьники, так как курение, употребление алкоголя и наркотиков чаще всего начинается именно на этапе школы. Здесь важную роль могут сыграть СМИ как просветительские и пропагандистские площадки, а также известные медийные фигуры, которых молодежь может брать за образец.

А.Пиддэ рассказал о социальном аспекте обеспечения здравоохранения. Здравоохранение в данном случае понимается как комплексная проблема, подразумевающая разработку политических стратегий, механизмов экономической реализации программ, организационно-управленческую работу и собственно изучение оценок и мнений, исходящих от медицинских работников и от населения. Это, собственно, и представляет собой социальный аспект. На этом основании можно корректировать деятельность системы.

Доклад А.Пиддэ основывался на предварительных данных, полученных в результате исследования «Ситуация в здравоохранении России: оценки врачей», которое проводилось Российской медицинской ассоциацией с августа по ноябрь 2015г. Исследование основывается на опросах, в котором участвовало 800 респондентов (случайная выборка), представляющих 31 регион страны. Большинство респондентов оценили ситуацию со здравоохранением как беспокойную: беспокойство в связи с обстановкой по всей стране в той или иной степени выразили 83,7% респондентов. 81,9% в разной степени обеспокоены состоянием здравоохранения в регионе их проживания.

Почти все опрошенные считали, что здравоохранение в их регионе нуждалось в модернизации. По итогам модернизации 2011-2012 гг. мнения разделились: 49,6% считают, что стало лучше, 45,9% считают, что улучшений не наступило (при этом, по мнению 21,2%, стало хуже). Одним из важных направлений модернизации было повышение зарплат медицинским работникам. По отзывам врачей, зарплата действительно увеличилась у 41,7%, однако у 56,8% она либо не изменилась, либо уменьшилась. 65% респондентов выразили неудовлетворенность своей зарплатой. На вопрос о том, какую оплату труда они считают оптимальной, 21,6% ответили в диапазоне от 30000 до 50000 руб., 43,3% - от 50000 до 80000 руб. и 32% - порядка 100000-150000 руб. [8].

По оценкам медицинского страхования мнения тоже разделились. 41,5% считают, что обязательное медицинское страхование (ОМС) – это хорошо. 47,4% относятся к нему в лучшем случае настороженно. При этом только 23,1% респондентов высказываются в пользу сохранения существующей модели ОМС. 6,9% считают, что она нуждается в кардинальном пересмотре и переработке в модель чисто рыночных отношений. Остальные высказываются в пользу государственно-бюджетной модели либо по советскому образцу, либо с учетом аналогичного международного опыта.

О преимуществах государственно-бюджетной модели говорил Ю. Комаров. Бюджетная модель – это национальная система здравоохранения, которая подразделяется на системы охраны здоровья и организации оказания медицинской помощи. Финансируется эта система напрямую из налогов и предполагает широкую доступность и бесплатность медицинской помощи. Охрана здоровья при этом представляется одним из государственных приоритетов наряду с охраной правопорядка. Частные клиники также есть, но они входят в состав национальной системы здравоохранения.

В числе принципиальных постулатов бюджетной модели находится представление о системе здравоохранения как о средстве социального выравнивания в условиях неравенства доходов, а также категорическая



недопустимость рыночных отношений в вопросах оказания медицинской помощи.

По словам Ю.Комарова, одно из преимуществ такой системы относительно ОМС в том, что она требует гораздо меньше расходов. Помощь при этом оказывается более доступной, независимо от места проживания граждан. Еще одно достоинство бюджетной системы в том, что она прозрачнее и понятнее, чем ОМС. Немаловажно и то, что система ОМС фактически заинтересована в том, чтобы было больше пациентов, в то время как государственная система, наоборот, заинтересована в том, чтобы было больше здоровых. Наконец, она переводит систему здравоохранения из экономической сферы в социальную и тем самым останавливает распространение коммерциализации.

Однако введение государственной бюджетной системы не подразумевает обязательное возвращение к советской схеме. Более совершенная бюджетная модель должна разумным образом сочетать в себе централизацию и децентрализацию, допускает развитие частных клиник и исключает (или, по крайней мере, смягчает) мобилизационно-авторитарный подход.

По мнению Ю.Комарова, переход от ОМС к бюджетной системе достаточно недорог, но требует большой предварительной работы. В частности, это создание системы мониторинга здоровья, определение потребности населения в различных видах медицинской помощи, а также создание факультетов первичной медицинской помощи в вузах и проведение программ повышения квалификации для специалистов.

Подробности финансирования здравоохранительной системы представила в своем докладе Г.Улумбекова. Она говорила, прежде всего, о той части здравоохранения, которая занимается оказанием медицинской помощи. В этой области показатели в значительной степени определяются финансированием. От финансирования зависит количество врачей и их компетентность, наличие лекарств, оборудования и, наконец, больничных



коек. Поток пациентов в России велик, и для адекватного медобслуживания необходимо сохранять количество персонала, коек и лекарств хотя бы на нынешнем уровне. Урезание финансирования неизбежно ведет к повышению смертности и сокращению ожидаемой продолжительности жизни у населения.

По итогам сокращений смертность, по данным за январь-август 2015 г., возросла на 1,2% по всей стране (это 15 тысяч смертей сверх прежних показателей) и на 4,4% по Москве (это 3,5 тысяч смертей сверх). В 2014г. также на 1,2% возросла смертность среди трудоспособного населения. В 2015г. она не сокращается.

Г.Улумбекова отметила, что существует мнение, будто здоровье населения мало зависит от деятельности системы здравоохранения и уровня ее финансирования. В опровержение этого тезиса она привела график, который показывает, что до определенного уровня (уровня богатых развитых стран) финансирование здравоохранения оказывает прямое влияние на общий коэффициент смертности. Подсчеты показывают, что для достижения в России ожидаемой продолжительности жизни в 74 года (сейчас 70 лет) госрасходы на здравоохранение должны поэтапно возрасти в 1,4 раза и к 2020г. составить 5% от ВВП.

Чтобы ожидаемый коэффициент смертности в России сохранялся на уровне 2013 г., а средняя продолжительность жизни составляла 71 год, в 2016г. госрасходы должны сохраниться на уровне 2013г., что соответствует 4,3% ВВП. По факту на здравоохранение в 2016г. выделено всего 3,4% ВВП.

По продолжительности жизни Россию имеет смысл сравнивать с «новыми» странами ЕС (прежде всего, с Чехией, Эстонией, Венгрией, Польшей, Словакией и Словенией), в которых наблюдается рост этого показателя. Здесь можно обратить внимание на отношение расходов населения и государства на здравоохранение. В России доля расходов населения составляет 36%, в то время как в новых странах ЕС – 26%.

Но даже когда средств на здравоохранение выделялось больше, они зачастую тратились неэффективно. В 2014г. 50 млрд. рублей было потрачено на строительство перинатальных центров, в то время как одна из важнейших проблем сейчас – смертность среди трудоспособного населения (среди мужчин – сверхсмертность). Много денег выделялось на проведение диспансеризации, но в отсутствие дефицита кадров толку от этого было мало. Нерационально проводились закупки оборудования, которое в итоге загружено в 2-3 раза меньше, чем аналогичное в «новых странах» ЕС.

В итоге Г.Улумбекова выявила три возможных сценария для здравоохранения РФ в 2016-2017 гг.: стабилизация, развитие и кризис. Стабилизация требует увеличения финансирования до уровня 2013г. (это означает плюс 690 млрд. руб. в дополнение к выделенному в 2016г.). Развитие требует поэтапное увеличение финансирования до 2020г. в среднем на 740 млрд. руб. в год. Финансирование по плану-2016г. представляет кризисный вариант, который ведет к дальнейшему повышению смертности и сокращению продолжительности жизни.

Вопрос о том, где взять хотя бы 690 млрд. руб. для стабильности, остается открытым. Частично средства можно извлечь повышением эффективности расходов внутри отрасли. Частично - найти дополнительные источники финансирования из федерального бюджета. При этом важно грамотно определиться с приоритетами.

В.Гришин выступил с общим комментарием о том, почему нынешняя система здравоохранения неэффективна. Главная проблема, по его словам, в том, что непонятно, кто сейчас принимает решения. Преобразования («либеральные преобразования в худшем смысле этого слова»), ведущие к разрушению системы, начались в середине 1980-х гг., когда был дефицит бюджета, и всем отраслям народного хозяйства разрешили заниматься самостоятельным изысканием средств. Тогда начал действовать платный сектор, который продолжает существовать и сейчас. Позднее появилась извращенная форма добровольного страхования, которая по факту была

предоставлена в распоряжение коммерческим организациям, а не гражданам, на которых она, в первую очередь, должна быть рассчитана.

В 1990-е гг. были попытки сформировать систему здравоохранения, и к 1997г. схема была создана, но средств для ее нормального функционирования не было. В итоге та система, которая имеет место сейчас, основывается преимущественно на откатах, что сопровождается фиктивным контролем качества. Это выгодно главврачам и вышестоящему руководству. Соответственно, изменений по факту не происходит, так как нет концепции развития отрасли и понимания принципов, на которых основана эта система.

В этом смысле, подчеркнул В. Гришин, неудивительно, что у нас нет ни территориального планирования, ни учета миграционных потоков. А без планирования и создания целенаправленных программ никаких изменений не произойдет, даже если в отрасль вливать деньги.

Таким образом, есть два варианта: либо оставить все как есть с перспективой перехода к платной медицине, либо построить нормальную систему социально-медицинского страхования, которая была бы основана на прогрессивном налоге, чтобы вся нагрузка не ложилась, как это часто бывает, на плечи малоимущему населению. При этом все деньги должны поступать государству как главному распределителю средств.

На нынешнем этапе государство, по крайней мере, должно определиться с объемом гарантий, которые оно может дать населению. Но этого невозможно сделать, пока оно само не разберется с тем, что происходит.

В настоящее время перспективы развития здравоохранения определяются нерешенными проблемами и негативными тенденциями в уровне общественного здоровья, которые сложились в течение последних десятилетий, и, по оценкам экспертов, будут сохраняться в будущем. Среди главных причин низкого уровня общественного здоровья в России эксперты выделяют следующие:

- 1) снижение качества жизни значительной части населения;

- 2) низкий уровень заработной платы и пенсионного обеспечения;
- 3) ухудшение условий жизни, труда, отдыха;
- 4) снижение качества и структуры питания;
- 5) чрезмерные стрессовые нагрузки;
- 6) снижение общего уровня культуры, в том числе санитарно-гигиенической;
- 7) изменение приоритетов жизненных ценностей;
- 8) распространение различных зависимостей (наркомании, алкоголизма) как у мужчин, так и у женщин.

### **Выводы по второй главе**

В результате изучения исторического аспекта становления условий формирования социального благополучия населения России через призму реформирования образования раскрыто главное противоречие советских реформ образования: решение социальных проблем молодежи через расширение доступа к образованию оборачивалось понижением качества подготовки квалифицированных специалистов, а следовательно, тормозило модернизацию страны и в итоге ее социальное развитие.

Значительно расширился доступ к высшему образованию но негативным следствием стало понижение уровня подготовки абитуриентов вузов. Одним из основных факторов, усиливавших это противоречие, стало убеждение властей в том, что реформы образования должны осуществляться за счет структурных изменений, без каких-либо финансовых вложений. Усилились темпы отставания советской высшей школы от прогрессивных мировых достижений в экономической, информационной, управленческой и научно-технической сферах. Новые реформы образования в России должны учитывать новые реальности общества. Этот фактор представлен в осуществляемых в наши дни мерах по развитию образования, будь то переход на двухступенчатую систему высшего образования (бакалавриат и магистратура), введение ЕГЭ (единого государственного экзамена), нового

ФГОС, пересмотр государственного финансирования вузов (с выделением небольшого числа элитных учебных заведений) и т. д.

Изменение отношения государства и общества к образованию должно выразиться в конкретных шагах: в увеличении объемов его финансовой поддержки, в особой заботе о работниках образования, в создании условий для использования интеллектуального потенциала образованных людей и формировании общественного мнения о ценности образования.

Что касается здравоохранения то вопрос о реформировании системы здравоохранения в Российской Федерации на протяжении уже нескольких десятилетий стоит остро по ряду причин. К ним относятся в первую очередь тяжелая демографическая ситуация в стране, а именно отрицательный естественный прирост населения с 1992г. Аномально высокая для развивающихся стран младенческая смертность, высокая смертность трудоспособного населения. После распада Советского союза произошла децентрализация системы здравоохранения. В связи с повсеместным недостатком средств, охрана здоровья переживала глубокий кризис: больницам было не на что лечить больных, большая доля населения не имела возможности приобретать лекарства. Вводилось обязательное медицинское страхование (ОМС) как альтернатива бюджетной системе здравоохранения. Несмотря на то, что некоторые проблемы уже были частично решены правительством, современной структуре здравоохранения предстоит претерпеть еще достаточно изменений, только после которых, по истечении времени можно объективно судить об их эффективности.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По итогам нашего исследования можно сделать следующие выводы.

1. В нынешнем обществе, где перед человеком каждый день встают разнообразные общественные вопросы, повышенный интерес стоит уделить изучению социального благополучия человека и общества, его оценке и факторов, влияющего на его развитие.

2. Термин социальное благополучие определяется следующим образом:

**Социальное благополучие** - интегральный показатель эффективности функционирования социальной сферы, отражение социального самочувствия, уровня благосостояния, качества жизни населения, индикатор социальной безопасности общественной системы в целом.

Это показатель, который объединяет все структурные элементы социальной сферы и отражает процессы функционирования, а также уровень качества жизни общества.

3. Основными составляющими компонентами социального благополучия общества можно считать такие, как уровень жизни, обусловленный показателями среднедушевого дохода (ВВП на душу населения) и прожиточного минимума, а также понятия качества жизни, устанавливаемые понятиями о состоянии здоровья и санитарного благополучия населения, вероятностью получения обязательной медицинской помощи и обеспечение социальной безопасностью.

4. Одним из наиболее подробных и объективных индикаторов общественного развития, отражающих степень социального благополучия на изучаемой территории, является Индекс развития человеческого потенциала.

**Индекс развития человеческого потенциала** — это коэффициент, рассчитываемый по таким показателям, как образование, ожидаемая продолжительность жизни и показатель валового национального дохода, а

*также описывающий процесс совершенствования человека в различных странах и регионах мира.*

5. Особое место занимает социальная защищенность индивидов как фактор социального благополучия, что означает защищенность от преступных посягательств и терроризма, продовольственной и экологической безопасности, социальную защищенность при невозможности самостоятельного жизнеобеспечения при инвалидности, старости и т.п.

6. Деграция понимается как ухудшение показателей или характеристик того или иного объекта с течением времени. В связи с этим сформулировано авторское определение.

*Деграция социально-экономических систем - это упадок сфер общественной жизнедеятельности, спад или стагнация внутри них, постепенное ухудшение качественных и количественных показателей, определяющих эффективность их функционирования.*

7. В результате изучения исторического аспекта становления условий формирования социального благополучия населения России через призму реформирования образования раскрыто главное противоречие советских реформ образования: решение социальных проблем через расширение доступа к образованию оборачивалось понижением качества подготовки квалифицированных специалистов, а, следовательно, тормозило модернизацию страны и в итоге ее социальное развитие. Изменение отношения государства и общества к образованию должно выразиться в конкретных шагах: в увеличении объемов его финансовой поддержки, в особой заботе о работниках образования, в создании условий для использования интеллектуального потенциала образованных людей и формировании общественного мнения о ценности образования.

8. Система здравоохранения находится на этапе модернизации, существуют возможности для ее развития, имеются положительные сдвиги в ее материально-техническом оснащении. Но, тем не менее, необходимо учитывать, что есть дорогостоящие медицинские

оперативные вмешательства, медицинские препараты и способы реабилитации. Острая проблема населения в том, что при жизненно важной необходимости данных манипуляций, далеко не все слои населения могут ими воспользоваться для улучшения состояния здоровья, а получение квоты длительный и не всегда оканчивающийся положительным решением процесс [16].

9. В течение постоянного реформирования как системы образования, так и системы здравоохранения, сохраняется и добавляются новые проблемы, нерешенные вопросы, что не способствует повышению социального благополучия, а указывает на некий спад, то есть деградацию данных систем, следовательно, гипотеза автора, указанная во введении, подтвердилась.

Данное исследование может быть продолжено по следующим вопросам:

1. Как при недостаточном государственном финансировании и наименьших реформаторских мероприятиях обеспечить повышение социального благополучия.

2. При какой системе оценки социального благополучия в системах образования и здравоохранения возможны наиболее объективные ее результаты.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богуславский М.В. Образование // Новая Российская энциклопедия: В 12 т. Т. 1: Россия. - М., 2003.
2. Введение Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования URL: <http://festival.1september.ru/articles/650028/> (дата обращения: 21.03.2016).
3. Вишневский А., Кузьминов Я., Шевский В., Шейман И., Шишкин С. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса // Полит.ру. Интернет-журнал URL: <http://www.polit.ru/article/2006/07/19/healthcare> (дата обращения: 21.03.2016).
4. Деградация URL: <http://biznes-prost.ru/degradaciya.html> (дата обращения: 21.03.2016).
5. Деградация здравоохранения беспокоит граждан URL: [http://www.ng.ru/economics/20100826/1\\_medicine.html](http://www.ng.ru/economics/20100826/1_medicine.html) (дата обращения: 21.03.2016).
6. Деградация URL: <http://slovo.dn.ua/degradaciya.html> (дата обращения : 21.03.2016).
7. Е.П.Агапов Социальное благополучие URL: <http://socioconomica.sfedu.ru/pages/page5.html> (дата обращения: 11.04.2016).
8. Здравоохранение РФ: состояние и перспективы URL: [http://polit.ru/article/2015/10/20/kgi\\_zdrav/](http://polit.ru/article/2015/10/20/kgi_zdrav/) (дата обращения: 11.04.2016).
9. Ильинский И. М. Образовательная революция /И.М. Ильинский. - М., 2003.
10. Индекс развития человеческого потенциала URL: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/144266> (дата обращения: 1.05.2016).
11. Карпенко О. Н. Система здравоохранения: возможности и перспективы развития // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. XXXII междунар. науч.-практ. конф. № 6(32). – Новосибирск, 2014.

12. Конституция Российской Федерации. Официальный текст. – Новосибирск: Сибирское унив. изд-во, 2011.

13. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. URL: <http://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения: 27.10.2015).

14. Лекция 3. Социальное благополучие, социальная безопасность и социальная сплоченность как философско-аксиологические основы социальной работы URL: [http://studme.org/1300052729390/sotsiologiya/sotsialnoe\\_blagopoluchie\\_sotsialnaya\\_bezopasnost\\_sotsialnaya\\_splochennost\\_filosofsko-aksiologicheskie](http://studme.org/1300052729390/sotsiologiya/sotsialnoe_blagopoluchie_sotsialnaya_bezopasnost_sotsialnaya_splochennost_filosofsko-aksiologicheskie) (дата обращения: 15.03.2016).

15. Мерзлякова И.В. Теоретико-методологические основы социологического анализа социального благополучия населения региона: автореф. дис. ... канд. соц. наук. — Барнаул, 2007. — 19 с.

16. Миняев В.А., Вишняков Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение. - Спб.: МЕДпрессинформ, 2006.

17. Новый федеральный закон URL: <http://xn--273--84d1f.xn--plai/publikatsii/novyy-federalnyy-zakon-obobrazovanii-v-rossiyskoy-federacii-i-obshchee-obrazovanie> (дата обращения: 12.05.2015).

18. Похилько Ю.В. Индикаторы социального благополучия человека и общества // Научное сообщество студентов XXI столетия. Общественные науки: сб. ст. по мат. XXVI Междунар. студ. науч.-практ. конф. № 11(25) URL: [http://sibac.info/archive/social/11\(25\).pdf](http://sibac.info/archive/social/11(25).pdf) (дата обращения: 11.05.2016).

19. Проблемы финансирования здравоохранения в условиях рыночной реформы URL: <http://www.scienceforum.ru/2015/969/9926> (дата обращения: 12.04.2015).

20. Растопшин И. А. Уроки реформирования высшей школы во второй половине XX века // Высшее образование для XXI века. Сб. - М., 2004.

21. Седова Н.Н., Сергеева Н.В. Биоэтика в пространстве культуры / Н.Н. Седова, Н.В. Сергеева. - М.: Триумф, 2010.

22. Сорокина Т.С. История медицины в двух томах / Т.С. Сорокина. - М.: Академия, 2009. - 560 с.

23. Условия и требования социальной безопасности для социального благополучия URL: [http://studme.org/1699031929391/sotsiologiya/usloviya\\_trebovaniya\\_sotsialnoy\\_bezopasnosti\\_dlya\\_sotsialnogo\\_blagopoluchiya#796](http://studme.org/1699031929391/sotsiologiya/usloviya_trebovaniya_sotsialnoy_bezopasnosti_dlya_sotsialnogo_blagopoluchiya#796) (дата обращения: 12.05.2015).

24. Ушаков Д.Н. Словарь русского языка / Д.Н. Ушаков. - М.: Русский язык, 1983. — с. 215.

25. Федеральная служба государственной статистики — официальный сайт URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 27.10.2015).

26. Федеральный закон от 22.08.1996 N 125-ФЗ (ред. от 03.12.2011) «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.02.2012) URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_11446/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_11446/) (дата обращения: 27.10.2015).

27. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» URL: <http://xn--273--84d1f.xn--p1ai/zakonodatelstvo/federalnyy-zakon-ot-29-dekabrya-2012-g-no-273-fz-ob-obrazovanii-v-rf#st10> (дата обращения: 12.05.2015).

28. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016) URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_107289/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/) (дата обращения: 27.10.2015).

29. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования URL: <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/index> (дата обращения: 20.03.2016).

30. Чубарова Т.В. Реформы здравоохранения: финансирование отрасли. //Федеральный образовательный портал «Экономика. Социология. Менеджмент» URL: <http://ecsocman.hse.ru/text/16207180/> (дата обращения: 12.05.2015).

31. Шишкин С.В. Можно ли реформировать российское здравоохранение? URL: <http://polit.ru/article/2006/06/29/shishkin/> (дата обращения: 12.05.2015).

32. Этимологический словарь русского языка, т. 1, вып. 5, под ред. академика Н. М. Шанского. - М.:1973.